



PR-SD-500  
Rev. 07/2017

**SOLICITUD DE BENEFICIOS POR DESEMPLEO**

Número de Seguro Social _____	Fecha _____	MES _____	DÍA _____	AÑO _____	Fecha Efect. _____	Razón Ret. _____
Nombre _____	Sexo _____	Fecha de Nac. _____				
(Apellido Paterno    Apellido Materno    Nombre E Inicial )	( M - F )	MES _____	DÍA _____	AÑO _____		
Dirección Postal _____	( URB. / RES. / COND. )	CORREO ELECTRÓNICO _____				

( NÚMERO / CALLE / COND. O TORRE / HC RR BOX O ( APT. ) ( MUNICIPIO ) ( ESTADO ) ( ZIP CODE + 4 )

Dirección Residencial \_\_\_\_\_

( URB. / RES. / COND. )

( NÚMERO / CALLE / COND. O TORRE / HC RR BOX O ( APT. ) ( MUNICIPIO ) ( ESTADO ) ( ZIP CODE + 4 ) TELÉFONO \_\_\_\_\_

Si participa en un adiestramiento aprobado por el Director del N.S.E. Indique si este es: A- Universitario  B- No Universitario

Fecha en que termina MES \_\_\_\_\_ DÍA \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

¿Es usted ciudadano de Estados Unidos?  Si  No, Si no es ciudadano, indique el número de su permiso \_\_\_\_\_

Grupo étnico:  hispano o latino,  no hispano o latino,  desconocido.

Raza:  blanco,  negro o afro americano,  asiático,  indio americano o nativo de Alaska,  nativo de Hawaii o de otra isla del Pacifico,

mas de una raza,  raza desconocida.

¿Ofreció su patrono llamarle a trabajar de nuevo?  Si  No

Si contesto "Si", indique la fecha de reempleo: \_\_\_\_\_

MES \_\_\_\_\_ DÍA \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ ¿Consigue trabajo a través de una unión?  Si  No

¿Es usted veterano?  Si  No

¿Cuál fue su última ocupación? \_\_\_\_\_

¿Recibió paga por vacaciones regulares o por enfermedad?  Si  No

¿Está usted obligado a pagar pensión alimentaria?  Si  No

¿Recibe usted alguna pensión, incluyendo seguro social?  Si  No

¿Interesa usted se le descuente contribución: Federal  Si  No, Estatal  Si  No

**HISTORIAL DE TRABAJO**

**Anote su historial de trabajo durante los 15 meses previos a la fecha de esta solicitud. Incluyendo el servicio civil federal, el servicio militar activo y el empleo en los Estados Unidos. Comience con el último patrono hacia atrás cronológicamente.**

Nombre del Patrono _____	Duración: _____		<b>NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO</b>
1. _____	Desde _____	Hasta _____	
Dirección _____	Trabajo Realizado _____		
Municipio _____	Estado _____	Zip Code _____	
Razón de Desempleo _____			Número de Patrono _____
			Clasif. Industrial _____
			Entidad Juridica _____
			S N A _____
			Codificación de separación _____
			Estado Industrial _____

HISTORIAL DE TRABAJO ( Cont. )				NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO	
Nombre del Patrono:  2.		Duración:		Número de Patrono _____ Clasif. Industrial _____ Entidad Jurídica _____ S N A _____	
		Desde	Hasta		
Dirección:		Trabajo Realizado			
Municipio	Estado	Zip Code	Razón de Desempleo		
Nombre del Patrono:  3.		Duración:			
		Desde	Hasta		
Dirección:		Trabajo Realizado			
Municipio	Estado	Zip Code	Razón de Desempleo		

**ADVERTENCIA:** La ley impone severas penalidades a aquellos reclamantes que ofrezcan información falsa con el propósito de obtener beneficios.

**CERTIFICO:** Que estoy desempleado, que estoy apto y disponible para trabajar, que me he registrado para solicitar empleo, que reclamo los beneficios de seguro por desempleo y que todos los datos aquí ofrecidos son ciertos y correctos a mi mejor saber y entender.

Firma del Reclamante		Firma del Entrevistador	
Fecha Registro en SABEN	Registrado en SABEN por	Firma del Supervisor	

**NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO - PARA USO DE LA OFICINA  
INFORMACIÓN SOBRE EL PATRONO ADICIONAL**

Nombre del Patrono:		Duración:		Número de Patrono _____ Clasif. Industrial _____ Entidad Jurídica _____ S N A _____			
		Desde	Hasta				
Dirección:		Trabajo Realizado					
Municipio	Estado	Zip Code	Razón de Desempleo				
Fecha Registro en SABEN		Registrado en SABEN por				Firma del Supervisor	

**ELIMINACIÓN DE PATRONO**

Seguro Social	Clave ALFA	Número Cuenta Patronal
Fecha Registro en SABEN	Registrado en SABEN por	Firma del Supervisor